

ALLGEMEINÄRZTLICHE PROBLEME
BEIM HAUSBESUCH IN DER GROSSSTADT

IRMENGARD SCHODER

1980

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 26 81 77



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551902_0045

AUS DER MEDIZINISCHEN POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

ALLGEMEINÄRZTLICHE PROBLEME
BEIM HAUSBESUCH IN DER GROSSSTADT

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians- Universität München

vorgelegt von
Irmengard Schoder
aus Bad Tölz
München 1980



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter : PD Dr. H. Pillau
Mitberichterstatter : Prof. Dr. N. Zöllner
Dekan : Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 24. April 1980

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
A. 1. Einleitung	3
2. Problemstellung	4
B. Allgemeiner Teil	
1. Beschreibung der Praxis	5
2. Untersuchungsmethode	8
3. Untersuchungszeitraum	11
4. Organisation der Hausbesuche	12
C. Eigene Untersuchung	
1. Beschreibung des Patientengutes	13
1.1. Altersaufbau und Geschlechtsverteilung der besuchten Patienten	13
1.2. Berufliche Situation der Patienten	14
1.3. Familiäre Situation der Patienten	16
1.4. Kassenzugehörigkeit der Patienten	17
2. Beschreibung der Hausbesuche	19
2.1. Verteilung der Hausbesuche auf den unter- suchten Zeitraum	19
2.2. Unterscheidung der Hausbesuche nach Ge- bühenordnung und medizinischen Gesichtspunkten	22
3. Zusammenhänge	24
3.1. Zahl der Hausbesuche in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht	25
3.2. Zahl der Hausbesuche bezogen auf den Beruf	26
3.3. Zahl der Besuche in Abhängigkeit von der familiären Situation	27
3.4. Anzahl der Erst-, Folge- und Routinebe- suche pro Patient	28
3.5. Der dringende Hausbesuch	29

4.	Die Tätigkeit des Arztes beim Hausbesuch	30
4.1.	Inhalt der Hausbesuchstasche	30
4.2.	Die Untersuchung des Patienten	32
4.3.	Der körperliche Zustand des Patienten	33
4.4.	Die Diagnosestellung	34
4.5.	Multimorbidität	39
4.6.	Die Therapie	40
4.7.	Die Einweisung ins Krankenhaus und Überweisung zum Facharzt	41
4.8.	Zeitaufwand	42
D.	Diskussion	
1.	Einfluß des Alters und des Geschlechts; demographische Faktoren	44
2.	Die Tätigkeit des Arztes	46
E.	Zusammenfassung	48
	Summary	50
	Literaturverzeichnis	52

A. 1. EINLEITUNG

Der Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik Deutschland ist dreifach gegliedert:

- öffentliches Gesundheitswesen (1975: 6483 Ärzte);
- stationäre Behandlung (1974: ca. 53 000 Ärzte, 9,9 Millionen Krankheitsfälle, Kosten: 15,2 Milliarden DM);
- ambulante Behandlung (1974: ca. 50 000 Ärzte, 209 Millionen Krankheitsfälle, Kosten: 9,9 Milliarden DM) (13).

Die ambulante Behandlung erfolgt in der Regel (Ausnahme z. B. Universitätskliniken) durch die niedergelassenen Ärzte (Allgemein- und Fachärzte), entweder im Sprechzimmer des Arztes oder in der Wohnung des Patienten.

Die Meinungen über die Versorgung der Patienten durch Hausbesuche sind zwiespältig:

Auf der einen Seite werden im Gefolge der modernen apparativen Medizin die Möglichkeiten beim Hausbesuch als ungenügend erachtet. Auf der anderen Seite wird in der Erkenntnis der sozialen und psychischen Komponenten von Krankheiten (8) der Einblick in das häusliche Milieu des Patienten gefordert.

Diese Arbeit soll einige Daten über die Hausbesuchstätigkeit eines Allgemeinarztes aufzeigen und dabei versuchen, die Bedeutung des Hausbesuches erkennen zu lassen.

2. PROBLEMSTELLUNG DER ARBEIT

- I. Wie setzt sich der Personenkreis zusammen, der Hausbesuche anfordert?
- II. Wieviel Hausbesuche muß ein Arzt für Allgemeinmedizin in einer Großstadt leisten, welcher zeitlichen Verteilung folgen sie, wie dringlich sind sie?
- III. Von welchen Faktoren hängt die Häufigkeit ab, mit der Hausbesuche benötigt werden?
- IV. Wie kommt der Arzt beim Hausbesuch zu einer Diagnose, welche Therapiemöglichkeiten benützt er, welche Probleme tauchen auf?

B. ALLGEMEINER TEIL

1. BESCHREIBUNG DER PRAXIS

Die untersuchte Praxis liegt in dem südöstlichen Stadtteil von München, in nächster Nähe der Stadtgrenze.

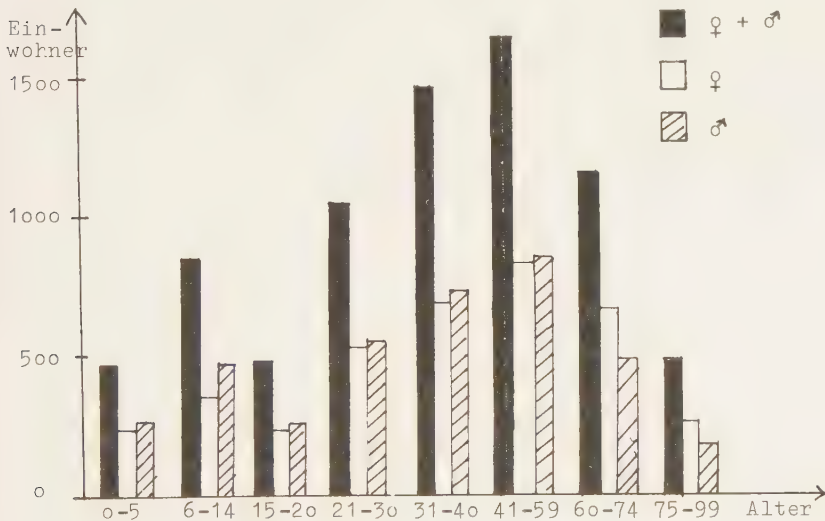


Abb. 1.: Altersstruktur des untersuchten Gebietes

(Stand 31. 12. 1975, Statistisches Amt der Landeshauptstadt München)

Fast 60% der Bevölkerung ist unter 40 Jahre, etwa 20% ist über 60 Jahre alt.

Zwischen 1970 und 1973 wies die Bevölkerung ein Wachstum von 10% auf.

In diesem Bezirk überwiegen Beamte und Angestellte, Selbstständige und freiberuflich Tätige sind überdurchschnittlich

häufig vertreten, während nur wenig Arbeiter dort wohnen. Ebenfalls zum Einzugsgebiet der Praxis gehören einige unmittelbar an München anschließende Gemeinden, die sich aber in ihrer Bevölkerungsstruktur nicht wesentlich von dem oben beschriebenen Gebiet unterscheiden.

Die Praxis besteht seit 1. Juli 1968. Darin arbeiten ein Arzt für Allgemeinmedizin, der vorwiegend internistisch ausgerichtet ist, zwei Helferinnen, und seit 1974 zusätzlich ein Halbtagsassistent.

Die Krankenscheinzahl beträgt pro Quartal etwa 1200-1300.

Als diagnostisch-apparative Ausrüstung stehen zur Verfügung:

Zwei Photometer,
Koagulometer,
Mikroskop,
EKG mit Herzschallschreibung,
Oszillograph,
gynäkologischer Untersuchungstisch.

Die therapeutisch-apparative Ausrüstung besteht aus:

Reizstromgerät,
Kurzwellengerät,
Höhensonne,
Extensionstisch,
Inhalator.

In der Umgebung des Arztes befinden sich noch folgende
Ärzte:

Vier Allgemeinärzte,
drei Internisten,
ein Urologe (im selben Haus),
ein Ophthalmologe,
ein Gynäkologe,
ein Pädiater,
ein Orthopäde,
ein Dermatologe.

2. UNTERSUCHUNGSMETHODE

Dieser Arbeit liegt nebenstehender Fragebogen zugrunde:

- Er enthält
- a) ein freies Feld, auf das Name, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenkasse des Patienten von dessen Karteikarte übertragen wurde;
 - b) Datum und Abrechnungsnummer nach GOÄ (BMÄ) bzw. Adgo;
 - c) Fragen, die über die familiäre Situation, Beruf, Pflege und Zustand des Patienten Auskunft geben;
 - d) Angaben über die Tätigkeit des Allgemein-
arztes am Krankenbett;
 - e) Hinweise auf Probleme, die bei Hausbesuchen
auftauchen können.

Ursprünglich war vorgesehen, daß der Bogen nach jedem Hausbesuch sofort vom Arzt ausgefüllt werden sollte, damit die Fragen möglichst genau beantwortet und spezielle Eindrücke notiert werden könnten. Dies stellte sich jedoch nach einigen Tagen als undurchführbar heraus, da der Zeitaufwand zu groß war. Daraufhin wurden die Daten etwa alle vier Wochen auf Diktat des Arztes nach dessen Notizen und Erinnerungen niedergeschrieben.

Da die ersten Fragebögen wie geplant unmittelbar im Anschluß an die Hausbesuche ausgefüllt wurden, kann man beim Vergleich der beiden Methoden behaupten, daß bei der nach-

träglichen Beantwortung kein wesentlicher Informationsverlust entstand.

Nur Angaben über den Zeitpunkt des Anrufs und über den W ortlaut des Gesprächs sowie über die Dauer des Hausbesuchs konnten auf diese Weise nicht festgestellt werden.

Somit können darüber keine Aussagen gemacht werden.

Es wurden nur solche Fragen gestellt, die der Arzt objektiv beantworten konnte.

Datum: _____ Anruf: _____ Uhr Nr: _____

Angaben am Telefon: _____

GOA: _____

Patient	bekannt mit	bekannter Krankheit	☐	Erstbesuch	☐
	unbekannt ☐	neuer Krankheit	☐	Folgebesuch	☐
				Routinebesuch	☐

Fam. Situation: allein	☐	verheiratet	☐	in Familie	☐
bei Angehörigen	☐	im Altersheim	☐		

Berufsgruppen: Facharbeiter	☐	Beamter	☐	Pensionär	☐
ungelernter	☐	Selbständiger	☐	Fürsorge	☐
Arbeiter		Hausfrau	☐	Arbeitsloser	☐
Angestellter	☐	Rentner	☐	Schüler/Student	☐

Durchführung der Pflege:	Fam. Angehöriger	☐	Nachbarschaftshilfe	☐
	freiberufl. Pflegerin	☐	Gemeindeschwester	☐

Dauer des Hausbesuches: _____ Min.

Zustand des Patienten:	bettlägrig	☐
	geh. und transportunfähig	☐
	keine Möglichkeit zum Praxisbesuch	☐
	akuter Fall außerhalb der Sprechstundenzeit	☐

Untersuchung: Inspektion	☐	körperl. Untersuchung	☐	EKG	☐
gez. Anamnese	☐	kleines Labor	_____		

Diagnose: _____

Diagnose "abwartend offengelassen": ☐

Noch gewünschte Diagnosemöglichkeit: _____

Therapie: Bettruhe	☐	Injektion	☐	phys. Therapie	☐
Medikament	☐	Verband	☐	keine Therapie	☐
sonstiges	☐				

Fehlt in der Hausbesuchstasche, hätte aber gebraucht werden können: _____

Einweisung ins Krankenhaus zur:	Isolierung	☐	ausschließlich Diagnostik	☐
	Pflege	☐	Diagnostik und Therapie	☐
			vornehmlich Therapie	☐

Spontanangaben des Patienten:	nützlich	☐	irreführend	☐
-------------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Bei Folgebesuchen:	Änderung der gestellten Diagnose	☐
	neue Diagnose	_____

Bei Routinebesuchen:		
Grund:	Kontrolle	☐
	Therapie	☐

3. UNTERSUCHUNGSZEITRAUM

Die Untersuchung geht über das zweite Q uartal des Jahres 1976; sie umfaßt die 13 Wochen vom 1. April bis zum 30. Juni 1976. Während dieser Zeit war die Praxis für insgesamt 16 Tage geschlossen, und zwar vom 3.5.-7.5. und vom 8.6.-18.6.

Der Wochenend- und Feiertagsdienst wurde außer Betracht gelassen, während Besuche, die an freien Wochenenden nötig waren, mitgezählt wurden.

Der Arzt hält Sprechstunde:

Montag, Mittwoch und Freitag	9-11 Uhr
------------------------------	----------

Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag	16-18 Uhr
--	-----------

4. ORGANISATION DER HAUSBESUCHE

Um die Hausbesuche zeitsparend planen und durchführen zu können, werden die Patienten angehalten, nach Möglichkeit die Anforderungen vormittags mitzuteilen: Nach einer Bestimmung der Krankenkasse sollen Besuche bis 11 Uhr angemeldet sein. In München geschieht das fast ausschließlich telephonisch.

Der Wunsch nach einem Zweitbesuch bedarf grundsätzlich einer Rückmeldung.

Für normale Hausbesuche sind folgende Zeiten vorgesehen:

Montag, Mittwoch und Freitag	ab 11 Uhr
Dienstag und Donnerstag	ab 9 Uhr.

Der Arzt ist vormittags in seiner Praxis:

Montag, Mittwoch und Freitag	8.15 - 11 Uhr
Dienstag und Donnerstag	7.45 - 9 Uhr.

Während diesen Zeiten erreichen die Patienten den Arzt persönlich, danach können sie mit den Helferinnen sprechen.

Ist die Praxis geschlossen, können Nachrichten auf Band hinterlassen werden (automatischer Anrufbeantworter).

Ist der Arzt bereits zu Hausbesuchen unterwegs und es liegen weitere Anforderungen vor, sagen ihm entweder die Helferinnen telephonisch Bescheid (die Reihenfolge der Besuche und die Telephonnummern der besuchten Patienten sind ihnen bekannt), oder der Arzt ruft nach seinem letzten Besuch zurück.

Nur nachts oder an Wochenenden wird der Arzt zu Hause angerufen.

C. EIGENE UNTERSUCHUNG

1. BESCHREIBUNG DES PATIENTENGUTES

Im Laufe der 10 Wochen, die die Praxis geöffnet war, wurden 98 Patienten besucht.

Sie wurden unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet:

- Altersaufbau, Geschlechtsverteilung,
- Beruf,
- Familiäre Situation,
- Krankenkassenzugehörigkeit.

1.1. ALTERSAUFBAU UND GESCHLECHTSVERTEILUNG DER BESUCHTEN PATIENTEN

Von den 98 Patienten waren 34 männlich und 64 weiblich; das entspricht einem Verhältnis von 1:1,88. Das Verhältnis der Einwohner des untersuchten Gebietes beträgt 1:1,01.

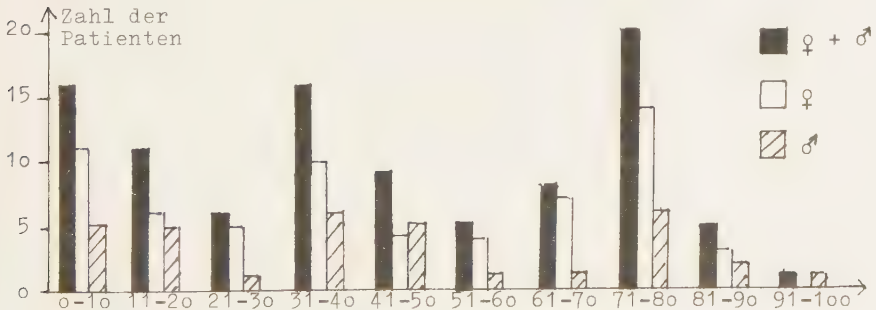


Abb.2: Zahl der Patientinnen und Patienten pro Altersklasse. (Die Altersklassen umfassen jeweils zehn Jahre, nur die erste Gruppe umfaßt insgesamt elf Jahre, sie enthält noch Säuglinge unter einem Jahr.)

Die Abbildung weist drei Gipfel auf: bei den 0-10, 31-40 und 71-80 jährigen. Wenig Patienten sind jeweils in der Gruppe der 21-30 jährigen und bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind.

Das Zahlenverhältnis der männlichen zu weiblichen Patienten ist durchaus unterschiedlich: es schwankt zwischen 1:0 (Minimalwert) und 1:7 (Maximalwert).

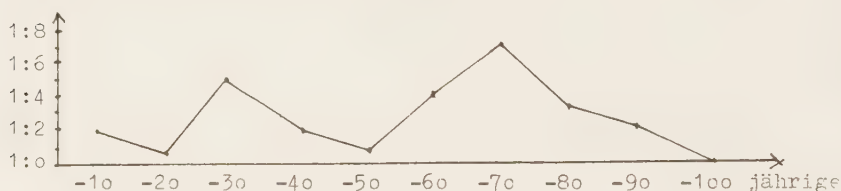


Abb.3: Zahlenverhältnis der männlichen zu weiblichen Patienten in den einzelnen Altersstufen.

1.2. BERUFLICHE SITUATION DER BESUCHTEN PATIENTEN

Die soziale Situation der Patienten wurde anhand von zehn Berufsgruppen beurteilt:

- Facharbeiter
- ungelernter Arbeiter
- Angestellter
- Beamter
- Selbständiger
- Hausfrau
- Rentner
- Kind/Schüler/Student
- Fürsorgeempfänger
- sonstiges

Mädchen und Jungen vor Erreichen des schulpflichtigen Alters wurden unter "Kinder" geführt.

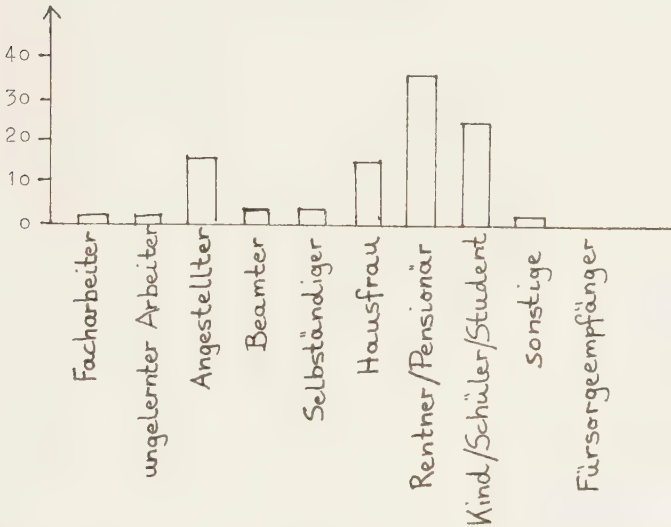


Abb.4: Zahl der Patienten pro Berufsgruppe (bei einem Mann blieb der Beruf unbekannt).

Am stärksten vertreten war die Gruppe der Rentner mit 35 Patienten, 26 waren Kinder und Schüler, die damit an zweiter Stelle stehen. Der Anteil der Angestellten und Hausfrauen an den Hausbesuchspatienten war ebenfalls hoch.

1.3. FAMILIÄRE SITUATION DER PATIENTEN

Die familiäre Situation des Patienten wurde danach beurteilt, ob er

verheiratet ist,
allein,
bei Angehörigen,
in Familie,
mit Freund bzw. Freundin, oder
in einer Pflegefamilie lebte.

Dabei wurde definiert, daß Kinder "in Familie" leben, während alte unverheiratete oder verwitwete Menschen, die in einer Familie leben, "bei Angehörigen" wohnen.

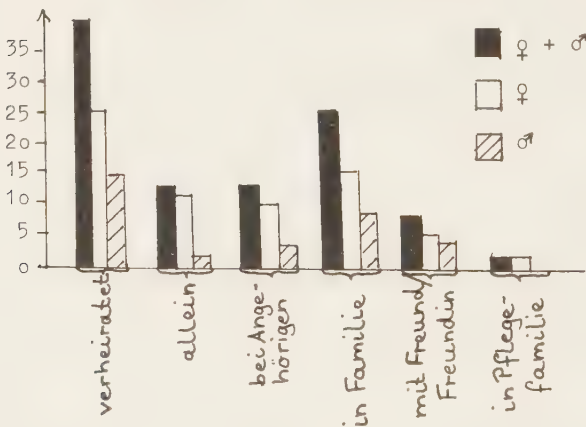


Abb. 5: Familiäre Situation der Patienten. (Bei drei männlichen Notfallpatienten ist die familiäre Situation nicht bekannt.)

In dieser Untersuchung fanden sich zehn Frauen, davon sieben älter als 60 Jahre, die alleine wohnten, aber nur ein Mann in diesem Alter.

1.4. KASSENZUGEHÖRIGKEIT DER PATIENTEN

Tabelle 1: Kassenzugehörigkeit der Patienten. (Es wurde in Stammversicherte, Familienversicherte und Rentner unterschieden.)

Kasse	Stammver- sicherte	Familienver- sicherte	Rentner	Summe
AOK	7	4	18	29
BKK	3	1	3	7
BEK	7	6	5	18
DAK	4	2	1	7
TK	3	11	1	15
sonstige	1		3	4
Sozial- hilfe			1	1
Privat- kassen	5	8	3	16
	30	32	35	97

Bei einem Patienten konnte die Kassenzugehörigkeit nicht ermittelt werden.

Faßt man die Ersatzkassen zusammen und stellt sie den Versicherungen der RVO gegenüber, ergibt sich:

Kassen	Stammver- sicherte	Familienver- sicherte	Rentner	Summe
RVO	10	5	21	36
EK	14	19	7	40

Auf ein zahlendes Mitglied kommen bei Versicherungen der RVO 2,6 nicht Zahlende, bei den Ersatzkassen 1,9.

Im zweiten Quartal 1976 hatte der Arzt insgesamt 1146 Kassenpatienten.

Sie gehören folgenden Kassenarten an:

RVO 578 Patienten

EK 558 Patienten

sonstige 10 Patienten

Privat- 100 Patienten (die genaue Anzahl war wegen eines
kassen anderen Abrechnungsmodus leider
nicht feststellbar.)

Das heißt:

Von den Versicherten der RVO forderten 6%, von den bei Ersatzkassen Versicherten 7 % , von den privat Versicherten 16 % einen Hausbesuch an.

2. BESCHREIBUNG DER HAUSBESUCHE

Im Laufe der 10 Wochen, die die Praxis im Untersuchungszeitraum geöffnet war, wurden 180 Hausbesuche durchgeführt.

Die folgenden Kapitel sollen ein Bild davon geben, wie sich die Hausbesuche

- auf den Untersuchungszeitraum (Wochen und Wochentage) verteilen,
- um welche Arten von Besuchen es sich handelt (nach GOÄ [BMA] bzw. Adgo Nummern, und nach Erst-, Folge- und Routinebesuchen differenziert).

2.1. VERTEILUNG DER HAUSBESUCHE AUF DEN UNTERSUCHUNGS- ZEITRAUM

Tabelle 2: Verteilung der Hausbesuche auf den Untersuchungszeitraum. Feiertage unter der Woche sind mit (), Urlaubstage mit U gekennzeichnet.

Woche	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	wöchentlich
1				9	5	0	1	15
2	4	7	4	5	3	0	0	21
3	5	7	7	4	(1)	1	0	25
4	()	2	4	5	3	1	0	15
5	4	6	2	7	3	(1)	0	23
6	U	U	U	U	U	0	3	3
7	4	3	3	2	4	1	0	17
8	4	2	2	3	5	1	2	19
9	5	4	3	()	1	0	0	13
10	0	0	3	3	2	0	0	8
11	()	U	U	U	U	U	U	0
12	U	U	U	(U)	U	0	1	1
13	7	0	0	1	3	0	0	11
14	2	7	0					9
	35	36	28	39	30	5	7	180

Von den 180 Besuchen fanden im April 98, im Mai 53 und im Juni 29 statt.

Die im Vergleich zum April niedrigen Zahlen von Mai und Juni sind hauptsächlich durch den Urlaub des Arztes bedingt.

Im entsprechenden Quartal des Vorjahres wurden 214 Hausbesuche durchgeführt, das sind fast ein fünftel mehr als 1976.

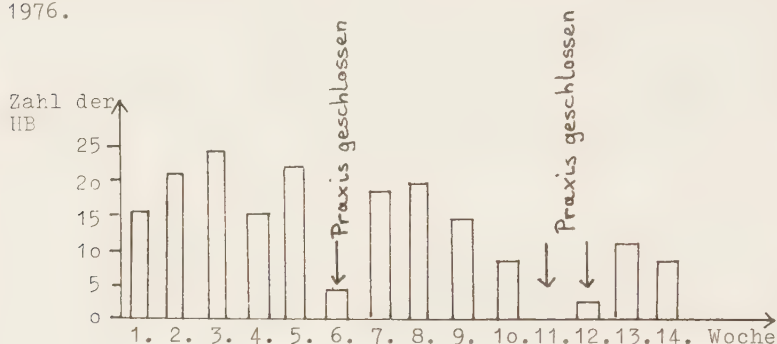


Abb.6: Verteilung der Hausbesuche auf die Arbeitswochen.

(Alle Hausbesuche in der 6. und 12. Woche waren dringlich und wurden jeweils am letzten Tag vor Wiedereröffnung der Praxis durchgeführt.)

Ein Vergleich der Hausbesuchszahlen pro Arbeitswoche mit dem Vorjahr führt zu keinem Ergebnis, da Ostern und Pfingsten und die davon abhängigen Feier- und Urlaubstage auf andere Wochen gefallen waren. Daher kommt ein anderes Verteilungsmuster zustande.

Tabelle 3: Durchschnittliche Hausbesuchstätigkeit an gleichen Wochentagen.

An	9	Montagen	je	3,9	Hausbesuche, insgesamt	35
"	10	Dienstagen	"	3,6	"	36
"	10	Mittwochen	"	2,8	"	28
"	9	Donnerstagen	"	4,3	"	39
"	9	Freitagen	"	3,2	"	29
"	11	Samstagen	"	0,4	"	4
"	17	Sonn- und Feiertagen	"	0,5	"	9

Der Durchschnitt wurde nur von den Wochentagen, die Arbeitstage waren, berechnet. Urlaubstage wurden ausgeschlossen.

Am Tag wurden durchschnittlich 3,6 Hausbesuche ausgeführt.
Zahl der HB

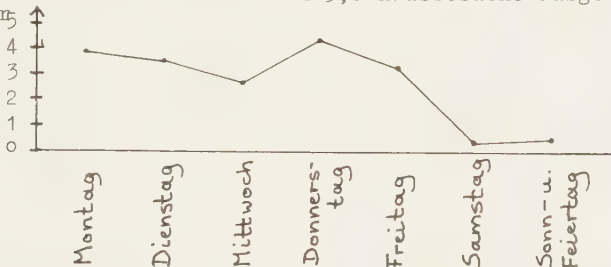


Abb.7: Durchschnittliche Zahl der Hausbesuche an gleichen Wochentagen.

Die Hausbesuche wurden normalerweise am selben Tag durchgeführt, an dem sie angefordert wurden.

1 - 2 Routinebesuche plante der Arzt immer für den Donnerstag, das erklärt die hohe Anzahl an diesem Tag

Die zahlreichen Anforderungen am Montag sind, wie auch POHL (11) bereits feststellte, durch die Hinauszögerung des Anrufes am Wochenende verursacht.

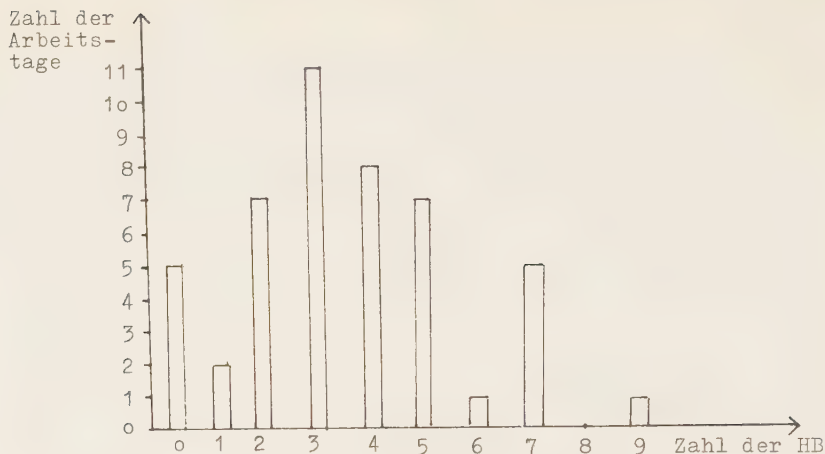


Abb.8: Zahl der Hausbesuche an Arbeitstagen.

Die Spitzenbelastung lag bei neun Besuchen an einem Tag, an fünf Arbeitstagen waren keine Besuche nötig.

2.2. UNTERSCHIEDUNG DER HAUSBESUCHE NACH GEBÜHRENORDNUNG UND MEDIZINISCHEN GESICHTSPUNKTEN

Tabelle 4: Differenzierung der Hausbesuche nach der Gebührenordnung. (Die Abrechnungsziffern nach Adgo wurden auf die GOÄ übertragen.)

Abrechnungsziffer	Zahl der HB
GOÄ Nr.6 = Besuch	124
GOÄ Nr.7 = dringender Besuch	40
GOÄ Nr.8 = Besuch aus der Sprechstunde	4
GOÄ Nr.9 = Nacht-Besuch (20-22 Uhr, 6-8 Uhr)	2
GOÄ Nr.10= Mitternacht-Besuch (22-6 Uhr)	1
GOÄ Nr.11= Sonntagsbesuch, Samstagsbesuch ab 12 Uhr (Adgo)	9

Normale Hausbesuche wurden zu den dafür vorgesehenen Zeiten, dringende Besuche wurden sofort gemacht.

Viermal war ein Besuch aus der Sprechstunde heraus nötig, zweimal wurde in der Zeit von 20-22 Uhr, einmal nach 22 Uhr ein Besuch gewünscht. An Wochenenden und Feiertagen mußten neun Fahrten gemacht werden.

Hausbesuche können auch nach medizinischen Gesichtspunkten unterschieden werden in:

- Erstbesuche, bezogen auf den Beginn einer Erkrankung, bzw. auf den ersten Besuch nach längerer Zeit bei chronischen Leiden, die dem Arzt bereits bekannt sind;
- Folgebesuche im Anschluß an Erstbesuche;
- Routinebesuche bei Patienten mit chronischen Krankheiten, die regelmäßig besucht und entweder überwiegend oder ausschließlich zu Hause behandelt werden;
- Besuche, die zu Notfällen, z.B. Unfällen daheim oder auf der Straße, führen.

Von 180 Besuchen waren	89	Erstbesuche,
	31	Folgebesuche,
	56	Routinebesuche,
	4	Unfälle.

3. ZUSAMMENHÄNGE

In den folgenden Kapiteln soll untersucht werden,

- wie viel Hausbesuche von Patienten mit jeweils gleichen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Beruf, familiäre Situation) gefordert werden;
- wie sich die Arten von Hausbesuchen (differenziert nach GOÄ und in Erst-, Folge-, Routinebesuche) auf das Patientengut verteilen.

Bei 98 Patienten wurden 180 Hausbesuche ausgeführt, das sind 1,83 Besuche pro Patient.

Tabelle 5: Häufigkeit, mit der die Patienten besucht wurden.

1	Besuch	bei	72	Patienten
2	Besuche	"	9	"
3	"	"	7	"
4	"	"	2	"
5	"	"	3	"
6	"	"	2	"
10	"	"	1	"
11	"	"	1	"
13	"	"	1	"

Man sieht, daß die überwiegende Anzahl von Patienten nur einen Besuch benötigte.

Die drei Patienten mit 10, 11 und 13 Besuchen werden in einigen der folgenden Tabellen und Abbildungen außer Betracht gelassen; durch sie würde wegen der geringen Fallzahl das Bild zu sehr beeinflusst.

3.1. ZAHL DER HAUSBESUCHE IN ABHÄNGIGKEIT VON ALTER UND GESCHLECHT

Tabelle 6: Zahl der Hausbesuche, differenziert nach Alter und Geschlecht der Patienten. (Gleiche Altersklassen wie in Abb.2) Die Zahlen in Klammern ergeben sich nach Aussonderung der oben genannten drei Personen.

Alter	Zahl der HB			Zahl der Patienten			Besuche pro Patient		
	♀	♂	♀ + ♂	♀	♂	♀ + ♂	♀	♂	♀ + ♂
0-10	14	5	19	11	5	16	1,27	1,00	1,18
11-20	10	7	17	6	5	11	1,66	1,40	1,54
21-30	7	3	10	5	1	6	1,40	3,00	1,66
31-40	10	12	22	10	6	16	1,00	2,00	1,37
41-50	4	6	10	4	5	9	1,00	1,20	1,11
51-60	14 (3)	1	15 (4)	4 (3)	1	5 (4)	3,50 (1,00)	1,00	3,00 (1,00)
61-70	10	1	11	7	1	8	1,43	1,00	1,30
71-80	33	9	42	14	6	20	2,36	1,50	2,10
81-90	9 (1)	11 (1)	20 (10)	3	2 (1)	5 (4)	3,00 (1,00)	5,55 (2,50)	4,00 (2,50)
91-100	0	13 (0)	13 (0)	0	1 (0)	1 (0)	0	13,0 (0)	13,0 (0)
	111	68	179	64	33	97	1,7	2,0	1,8

Das Alter eines Notfallpatienten konnte nicht festgestellt werden, daher ergibt sich in den entsprechenden Spalten eine Differenz von 1.

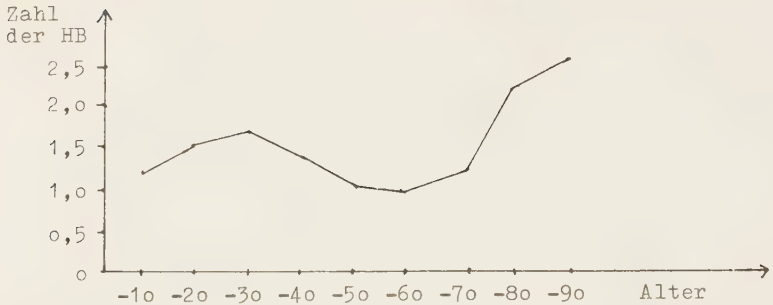


Abb.9: Durchschnittliche Hausbesuchszahl pro Altersklasse.

In dieser Abbildung sind die drei oben genannten Routinebesuchspatienten nicht enthalten.

Die Kurve weist bei den 21-30 jährigen einen Wendepunkt auf, fällt dann etwas ab und steigt ab dem 6. Lebensjahrezehnt steil an.

3.2. ZAHL DER HAUSBESUCHE; BEZOGEN AUF DEN BERUF

Tabelle 7: Zahl der Besuche, bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen.

Beruf	Zahl der Hausbesuche	Zahl der Patienten	Hausbesuche pro Patient
Facharbeiter	1	1	1,0
ungelernter Arbeiter	1	1	1,0
Angestellter	20	15	1,3
Beamter	4	2	2,0
Selbständiger	3	3	1,0
Hausfrau	26	13	2,0
Rentner	90	35	2,6
Kind/Schüler	33	26	1,3
sonstige	1	1	1,0

Rentner benötigen im Durchschnitt 2,6 Besuche, Hausfrauen 2,0, Angestellte, Kinder und Schüler Jeweils 1,3. Von den übrigen Berufen können wegen der geringen Zahl keine Aussagen gemacht werden.

3.3. ZAHL DER HAUSBESUCHE IN ABHÄNGIGKEIT VON DER FAMILIÄREN SITUATION

Tabelle 8: Zahl der Hausbesuche, bezogen auf die familiäre Situation des Patienten.

familiäre Situation	Zahl der Besuche	Zahl der Patienten	Besuche pro Patient
allein	17	11	1,5
bei Angehörigen	47	12	4,0
verheiratet	71	39	1,8
in Familie	31	24	1,3
bei Freund(in)	9	7	1,3
in Pflegefamilie	2	2	1,0
	177	95	

Bei drei Notfallpatienten kennt man die familiäre Situation nicht.

Am meisten Hausbesuche, nämlich durchschnittlich 4,0, brauchten die bei Angehörigen lebenden Patienten.

3.4. ANZAHL DER ERST-, FOLGE- UND ROUTINEBESUCHE PRO PATIENT

Tabelle 9: Zahl der Erst-, Folge- und Routinebesuche, bezogen auf Kinder, männliche und weibliche erwachsene Patienten.

(EB= Erstbesuch, FB= Folgebesuch, RB= Routinebesuch)

Art des Besuchs	Zahl der Besuche	Zahl der ♀ Erwachsenen	Zahl der Besuche	Zahl der ♂ Erwachsenen	Zahl der Besuche	Zahl der Kinder/ Schüler
EB	44	42	20	18	25	24
FB	18	8	7	5	6	5
RR	28	6	28	4	0	0
Unfall	0	0	2	2	2	2

5 Kinder bzw. Schüler, acht weibliche und fünf männliche erwachsene Patienten sind in zwei Zeilen aufgeführt.

Von den 89 Erstbesuchen bei 84 Personen benötigten:

1	Erstbesuch	80	Personen
2	Erstbesuche	3	Personen
3	Erstbesuche	1	Person

Die 31 Folgebesuche bei 18 Personen untergliedern sich in:

1	Folgebesuch	bei	11	Personen
2	Folgebesuche	"	3	Personen
3	"	"	3	Personen
5	"	"	1	Person

3.5. DER DRINGENDE HAUSBESUCH

Da der Patient in der Anforderung eines Hausbesuches zu erkennen gibt, ob er dringlich ist oder nicht, "...hängt der Begriff 'dringlich' also zunächst vom Urteil des Patienten ab..."(ZIERPUT 3).

Dieses Urteil ist für den Arzt entscheidend, dementsprechend ist der Zeitpunkt des Besuchs.

Geht man von der Annahme aus, daß der Patient eine Anforderung, die einen Besuch aus der Sprechstunde heraus (GOÄ 8), in der Zeit von 20-22 Uhr (GOÄ 9), nach 22 Uhr (GOÄ 10) oder am Wochenende bzw. Feiertag (GOÄ 11 zur Folge hat, auf wirklich dringende Fälle (seiner Meinung nach) beschränkt, so steigt die Zahl der "dringenden Besuche" von 40 (GOÄ 7) auf insgesamt 56.

Bei	48	Frauen	waren von	90	Besuchen	29	dringend,
"	24	Männern	"	"	57	"	6
"	26	Kindern/ Schülern	"	"	33	"	21

Tabelle 10: Anzahl der dringenden Erst-, Folge- und Routinebesuche bei Kindern bzw. Schülern, männlichen und weiblichen Erwachsenen.

Art des Besuchs	Zahl bei ♀ Erwachsenen	Zahl bei ♂ Erwachsenen	Zahl bei Kin- dern/Schülern	Summe
Erstbesuch	44	20	25	89
dringender Erst- besuch	22	4	15	41
Folgebesuch	18	7	6	31
dringender Folge- besuch	5	0	4	9
Routinebesuch	28	28	0	56
dringender Routinebesuch	2	0	0	2
Unfall	0	2	2	4

In zwei Fällen wurden Folgebesuche an Sonntagen durchgeführt, sie erscheinen deshalb ebenfalls unter dieser Rubrik.

Bei einer Gesamtzahl von 52 dringenden Besuchen (die vier Unfälle sind nicht mit inbegriffen) waren 41 dringende Erstbesuche.

Bei Frauen waren 50%, bei Kindern 60% der angeforderten Erstbesuche dringlich, während bei Männern dies in etwa 20% der Fall war.

Diese 56 dringenden Besuche hielt der Arzt alle für gerechtfertigt; nur in einem Fall (bei einer Patientin, die er regelmäßig besuchte), bezeichnete er es als "Disziplinlosigkeit".

4. DIE TÄTIGKEIT DES ARZTES BEIM HAUSBESUCH

In den folgenden Kapiteln wurde versucht, einen Einblick in die Tätigkeit des Hausarztes zu gewinnen:

Wie kommt der Arzt zu seiner Diagnose, welche Therapiemöglichkeiten stehen ihm zur Verfügung, reichen diese aus?

4.1. INHALT DER HAUSBESUCHSTASCHE

Da es sich als zweckmäßig erwiesen hat, sind Allgemeinärzte heute häufig mit zwei Taschen ausgerüstet:

mit der "Hausbesuchstasche", die so klein wie möglich sein soll und trotzdem alles Nötige enthält;

und der "Unfalltasche", mit dem zur Ersthilfe Nötigen, was sich aber auch nach dem Ausbildungsgrad des Arztes und den lokalen Hilfsorganisationen richtet.

Inhalt der Taschen des Arztes, bei dem die Untersuchung stattfand:

"Hausbesuchstasche"

Stethoskop
Blutdruckmeßgerät
Fieberthermometer
Einmalspritzen
Einmalkanülen
Ampullenetui
Fomulare
Holz-Einwegspatel
Taschenlampe
Otoskop
Gummifingerlinge
Katheter
Dextrostix
Einmalhandschuhe
Ampullenfeilen
Merfentinktur
Haemostiletten
Wundpuder (antiseptisch)
Einmalalkoholtupfer
Schere
Leukoplast
Hansaplast (in vorge-
schnittenen Streifen)
Mundtuch (für Rachen-
inspektion)
kleine Menge Schmerz-
tabletten

"Unfalltasche"

Verbandpäckchen
Mullbinden
Gazofixbinden
Leukoplast
Hansaplast
Klammerpflaster
Watte
Cramerschiene
Fingerschiene
Tupfer
Verbandmull
Dreieckstücher
Sicherheitsnadeln
Kleiderschere
Sofratüll
Arterienabbinder
Einmalspritzen
Kodantinktur
Orosauger
Orotubus
Schiwadex (neo-Plasmagel)
Braunülen
Chirurgisches Besteck
in Wickeltasche
Isolationsdecke
chem. Wärmebeutel
Wundpuder
Sauerstoffflasche

4.2. DIE UNTERSUCHUNG DES PATIENTEN

Die Untersuchung des Patienten zu Hause ist praktisch die selbe wie in der Sprechstunde, jeweils abhängig vom geäußerten Beschwerdebild:

Inspektion, gezielte Anamnese und körperliche Untersuchung. Es gibt tragbare EKG-Geräte, und mit Hilfe der Teststreifenverfahren lassen sich die wichtigsten klinisch-chemischen Untersuchungen schnell und problemlos durchführen.

Tabelle 11: Durchgeführte Untersuchungen

Untersuchungsmethode	Häufigkeit
Inspektion + Anamnese + Untersuchung	81 mal
Anamnese + Untersuchung	7 "
Inspektion + Untersuchung	6 "
Untersuchung	5 "
Inspektion	4 "
Anamnese	2 "
EKG	0 "
kleines Labor	0 "

Die Art und Weise der Untersuchung wurde nur bei Erstbesuchen, Folgebesuchen mit zusätzlicher Erkrankung und beim ersten aufgezeichneten Besuch einer Reihe von Routinebesuchen aufgezeichnet.

Die Inspektion genügte z.B. bei den sichtbaren Verletzungen, auf reine Anamnese konnte sich der Arzt unter anderem in den Fällen der psychischen Störungen beschränken, und bei Routinebesuchen war oft die körperliche Untersuchung ausreichend.

Das Ableiten eines EKG's und die Benützung der Teststreifen waren während des ganzen Quartals nicht nötig.

Die Frage nach dem Wunsch einer weiteren Diagnosemöglich-

keit wurde dreimal bejaht; dreimal hätte eine Röntgenaufnahme die Abklärung erleichtert.

Es bedarf also anscheinend nicht der apparativen Ausrüstung eines Facharztes oder eines Krankenhauses, um in den meisten Situationen, die bei Hausbesuchen auftreten, ärztlich handeln zu können.

4.3. DER KÖRPERLICHE ZUSTAND DER PATIENTEN

In diesem Absatz soll die körperliche Verfassung der Patienten beschrieben werden, die der Grund ist, warum ein Patient nicht die Praxis aufsuchen kann, sondern den Arzt zu sich ins Haus rufen muß.

Bei jedem Besuch wurde die körperliche Verfassung neu beurteilt.

Tabelle 12: Körperlicher Zustand der Patienten

Zustand	♀	♂	♀ + ♂
bettlägrig	58	45	103
geh- und transportunfähig	49	19	68
keine Möglichkeit zum Praxisbesuch	0	0	0
akute Fälle	4	5	9
	111	69	180

4.4. DIE DIAGNOSESTELLUNG

Wird der Arzt zu einem Patienten gerufen, so ist vorerst seine wichtigste Aufgabe der Ausschluß von "abwendbar gefährlichen Verläufen" (1).

Das bedeutet die Überlegung: Weisen die Symptome auf ein Krankheitsbild hin, das nicht zu Hause behandelt werden kann, das sofort gezielter Maßnahmen im Krankenhaus bedarf, oder handelt es sich um eine Erkrankung, deren Pflege und Betreuung daheim möglich ist?

Aufstellung der bei Hausbesuchen diagnostizierten Krankheitsbilder, nach Fachgruppen geordnet:

Erkrankungen des Herzens und der Gefäße:

Hypertonie	16
Hypotonie	2
Herzinsuffizienz	7
paroxysmale Tachykardie	2
Arrhythmie	1
Herzinfarkt	1
Kreislaufdysregulation	1
Coronare Herzerkrankung	3
Stenocardie	2
Thrombophlebitis	<u>4</u>
	39

Erkrankungen der Luftwege:

grippaler Infekt	26
Bronchitis, Emphysebronchitis	<u>6</u>
	32

Erkrankungen des Verdauungssystem:

Enteritis	7
Cholezystitis	1
Ulcus ventriculi	1
Colon- Karzinom	1

Ileus	1
Gallenkolik	1
kolikartige Schmerzen	1
Magenblutung	<u>1</u>
	14

Erkrankungen des Stoffwechsels:

Diabetes mellitus	5
Hypothyreose	2
Struma	1
Blutung in die Schilddrüse	1
Hyperuricämie	<u>1</u>
	10

Erkrankungen des Bewegungsapparates:

Wirbelsäulensyndrom	10
Arthrose	3
akute Ischialgie	3
primär chronische Polyarthrit	2
Osteomyelitis	<u>2</u>
	20

Erkrankungen des Hals- Nasen- Ohrenbereiches:

Angina tonsillaris	3
Tubenkatarrh	<u>1</u>
	4

Erkrankungen des ZNS und der Psyche:

Neuralgie	1
Apoplektischer Insult	1
Commotio cerebri	1
Hemiparese	1
Epilepsie	1
psychovegetatives Syndrom	1
Schizophrenie	1
endogene Depression	2
Sucht	<u>1</u>
	10

Erkrankungen der Niere und ableitenden Harnwege:

renale Insuffizienz	1
Pyelonephritis	1
Prostata-Karzinom	<u>1</u>
	3

Erkrankungen des Auges:

Glaukom	<u>1</u>
	1

Erkrankungen der Haut:

Dekubitus	<u>1</u>
	1

Pädiatrische Erkrankungen:

Umbilicalhernie	1
Masern	1
Varicellen	<u>1</u>
	3

Geriatrische Erkrankungen:

Senium	1
Alterssklerose	<u>1</u>
	2

Chirurgische Erkrankungen, Verletzungen:

Appendicitis	2
Fraktur	4
Kontusion	2
Distorsion	1
Schürf-, Platzwunde	7
Hämatom	1
Bißwunde	1
Schußverletzung	1
Verletzung nach elektrischem Unfall	1
Abszess	<u>1</u>
	21

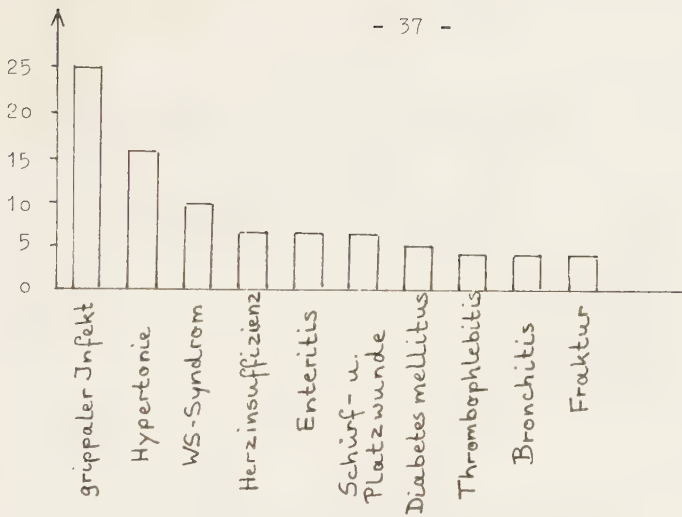


Abb.10: Die zehn häufigsten Krankheitsbilder

Bei den 98 Patienten wurden insgesamt 160 verschiedene Krankheiten diagnostiziert.

Davon waren dem Arzt bei 112 Besuchen die Erkrankungen des jeweiligen Patienten von früheren Beratungen her bereits bekannt; hier mußte er nur den aktuellen Zustand beurteilen und danach behandeln. Bei 68 Hausbesuchen mußte er also neue Diagnosen stellen.

Von den 98 Patienten kannte er 79, 19 beriet er zum ersten Mal.

Folgende Neuerkrankungen wurden diagnostiziert:

Infektionskrankheiten:

fiebrhafter Infekt	25
Enteritis	7
Angina tonsillaris	2
Masern	1

Verletzungen:

Schürf-, Platzwunden	6
Fraktur	4
Kontusion	2

Verletzung nach elektrischem Unfall	1
Bißwunde	1
Schußverletzung	1
Distorsion	1
Hämatom	1
Commotio cerebri	1

Sonstige Erkrankungen:

Thrombophlebitis	4
Bronchitis	3
Appendicitis	2
Gastritis	1
paroxysmale Tachycardie	2
dekompensierte essentielle Hypertonie	1
Stenocardie	1
Herzinfarkt	1
apoplektischer Insult	1
Blutung in Schilddrüse	1
Abszess	1
Wirbelsäulensyndrom	1
Schizophrenie	1
endogene Depression	1

Diagnose abwartend offengelassen	1
----------------------------------	---

Der Patient mit Herzinfarkt war bereits verstorben, als der Arzt hinzukam.

In einem Fall, es handelte sich um eine Patientin mit "spastischen Schmerzen im Unterbauch", waren die Beschwerden so unklar, daß die Diagnose offengelassen wurde.

4.5. MULTIMORBIDITÄT

Ein häufiges Problem des Allgemeinarztes ist das der Multimorbidität, d.h.: ein Patient leidet gleichzeitig an mehreren Krankheiten.

Dies trifft vor allem dann zu, wenn chronische Erkrankungen vorliegen, die nicht mehr geheilt werden können (z.B. Diabetes mellitus, ess. Hypertonie, Herzinsuffizienz, degenerative Erscheinungen) zu denen noch eine Neuerkrankung hinzukommt.

Es traten auf:

2	Krankheiten	bei	15	Personen
3	"	"	10	"
4	"	"	4	"
5	"	"	2	"

Zum Zeitpunkt des Hausbesuches wiesen also 31,6% der Patienten zwei oder mehr verschiedene Krankheiten auf.

Tabelle 13: Multimorbidität der Patienten in den verschiedenen Altersklassen.

Altersklasse	Zahl der Patienten	Zahl der Patienten mit mehr als 1 Krankheit
0 - 10	16	3
11 - 20	11	3
21 - 30	6	0
31 - 40	16	2
41 - 50	9	3
51 - 60	5	1
61 - 70	8	5
71 - 80	20	9
81 - 90	5	4
91 - 100	1	1

Bei Patienten unter 40 Jahren findet man die Multimorbidität noch nicht so häufig; in dieser Gruppe wurden auch kaum chronische Leiden diagnostiziert. Mit steigendem Alter erhöht sich jedoch die Prozentzahl der Menschen mit mehreren Kreankheiten stark.

4.6. DIE THERAPIE

Zur Therapie verfügt der Arzt über folgende Maßnahmen:

Bettruhe
orales (=o.) Medikament
Injektion
Verband
physikalische Therapie
Gesprächstherapie

Tabelle 14: Therapie bei Hausbesuchen

Therapie	Häufigkeit
Bettruhe + o. Medikament	65 mal
o. Medikament	39 "
Injektion	25 "
Bettruhe + Verband + o. Medikament	13 "
Bettruhe + Injektion	7 "
Injektion + Verband	6 "
Verband	5 "
Bettruhe	4 "
Bettruhe + o. Medikament + Injektion	3 "
Gesprächstherapie	2 "
keine Therapie	8 "

Fünf der acht Fälle, die der Arzt nicht behandelte, wies er ins Krankenhaus ein, einen Patienten überwies er zum Facharzt, und ein Patient war bereits verstorben, als der Arzt bei ihm ankam.

Wie man sieht, genügten dem Allgemeinarzt die ihm zur Verfügung stehenden Mittel der Therapie in fast allen aufgetretenen Situationen.

4.7. EINWEISUNG INS KRANKENHAUS UND ÜBERWEISUNG ZUM FACHARZT

Der Fragebogen sollte die Gründe der Einweisung ins Krankenhaus aufdecken:

erfolgte sie

- zur Isolation einer Person mit einer infektiösen Krankheit,
- zur Pflege, wenn diese im Hause des Kranken nicht möglich war,
- zur Abklärung einer Diagnose,
- zur Diagnostik und Therapie,
- oder nur zur Therapie, wenn diese die Möglichkeiten des Allgemeinarztes überstieg?

Tabelle 15: Häufigkeit und Begründung der Einweisung ins Krankenhaus

Diagnose	Häufigkeit	Begründung
Akute Appendicitis	1 mal	Therapie
Verdacht auf Osteomyelitis	2 "	Diagnostik + Therapie
Verdacht auf Ileus	1 "	Diagnostik + Therapie
Apoplektischer Insult	1 "	Diagnostik + Therapie
Unterarmfraktur	1 "	Therapie
Schußverletzung	1 "	Therapie
	7 "	

Die Einweisung ins Krankenhaus zum Zwecke der Isolierung oder der Pflege spielte in diesem Quartal keine Rolle.

Zum Facharzt wurden nur zwei Patienten überwiesen, und zwar zum Psychiater und zum Kinderarzt.

Im Vergleich zur Überweisungstätigkeit desselben Arztes in der Sprechstunde ist das nur ein Bruchteil:

Im 2. Quartal 1974 ergab sich bei einer Gesamtscheinzahl von 1004 und 609 Überweisungen ein Prozentsatz von 60,7% (12).

4.8. ZEITAUFWAND

Der genaue Zeitaufwand für die einzelnen Hausbesuche konnte nicht eruiert werden, der Arzt gab jedoch an, daß er pro Besuch etwa 15-20 Minuten plane (Hin- und Rückfahrt inbegriffen).

Die meisten Patienten wohnen zwar nicht weit entfernt, trotzdem kann die Anfahrt je nach Verkehrslage (Rush-hour,

Reiseverkehr) viel Zeit kosten. Dieses Problem versucht der Arzt zu umgehen, indem er die Hausbesuche in den verkehrsrärmeren Tagesstunden fährt und die weniger frequentierten Straßen wählt.

Hinzu kommt die Suche nach einem Parkplatz, die sich oft nicht einfach gestaltet.

Es kann auch Schwierigkeiten bereiten, die Wohnung eines Patienten, der zum ersten Mal besucht wird, zu finden, wenn die Hausnummer oder das Namensschild nicht deutlich sichtbar angebracht sind. Dies trifft vor allem für Neubaugebiete zu.

In der Dauer von 20 Minuten pro Besuch ist ebenfalls die Zeit für das Ausfüllen der nötigen Formulare (Rezeptformulare, Überweisungsscheine, Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) inbegriffen.

Es ist zweckmäßig, sich den Kopf der entsprechenden Formulare von einer Helferin vorbereiten zu lassen.

Der Arzt muß sich auch öfters einige Minuten Zeit zu einem Gespräch nehmen; vor allem bei chronisch Kranken ist die psychische Betreuung durch den Hausarzt neben der somatischen Behandlung außerordentlich wichtig (9).

D. DISKUSSION

Im folgenden Abschnitt wird versucht, die Ergebnisse der vorangegangenen Kapitel zu erklären.

1. EINFLUSS DES ALTERS UND DES GESCHLECHTS; DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Die Praxis liegt in einem Gebiet, das zum großen Teil von Beamten, Angestellten und Selbständigen bewohnt wird (Kap.B1). Deshalb war der Anteil an Hausbesuchspatienten mit diesen Berufen recht hoch, während Arbeiter zahlenmäßig keine Rolle spielten.

Daß Personen über 60 Jahre, die etwa 20% der Gesamtbevölkerung des Einzugsgebietes ausmachten, aber 34 % des Patientengutes darstellten, läßt auf eine höhere Morbidität dieser Altersgruppe schließen. Nicht geklärt ist hierbei, ob der Weg zum Arzt, bzw. der Wunsch nach einem Hausbesuch bei älteren Patienten schneller geäußert wird als bei jüngeren. Sicher jedoch spielt die entschieden häufigere Multimorbidität (mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen litt an mehr als einer Krankheit) dabei eine Rolle (Tabelle 13). Ebenso dürfte diese Tatsache für die im Durchschnitt höheren Hausbesuchszahlen bei älteren Patienten bedeutsam sein (Abb.9).

Die überwiegende Anzahl der besuchten älteren Kranken waren entweder noch verheiratet oder wohnten bei Angehörigen, es fanden sich aber auch sieben Frauen und ein Mann, die über 60 Jahre alt waren und alleine lebten (Abb.5).

Daß mehr Frauen als Männer alleine wohnten, könnte bedingt sein durch:

- Frauen überleben ihre Männer eher als umgekehrt, (sie sind meist jünger als ihre Partner und haben eine höhere Lebenserwartung).
- Alte, verwitwete Männer werden öfters bei Angehörigen aufgenommen, da sie sich seltener selbst versorgen können.

Die Frage jedoch, ob ältere, allein lebende Patienten öfters Hausbesuche wünschen als Personen in einer Familie, kann, zumindest in dieser Untersuchung, verneint werden: Acht Patienten benötigten 14 Besuche, im Durchschnitt also 1,7. Das liegt sogar unter dem Gesamtdurchschnitt von 1,8 Besuchen pro Patient und weit unter dem Schnitt der bei Angehörigen Lebenden (Tabelle 8). Vielleicht ist die Ursache darin zu suchen, daß allein wohnende Menschen, sobald sie schwerer erkranken, von ihren Angehörigen aufgenommen, oder früher als andere ins Krankenhaus eingewiesen werden.

Die Untersuchung der Geschlechtsverteilung bei den besuchten Patienten (Kapitel C, 1.1) ergab ein ähnliches Bild wie bei POHL (11): Er erhielt ein Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Einwohnern wie 1:1,15, und zwischen den Patienten wie 1:1,85.

Eine der möglichen Erklärungen für die Tatsache, daß wesentlich mehr weibliche Patienten den Arzt benötigen als männliche, findet man bei RICHTER (13): Die auffällig häufigen Klagen der Frau über vegetative Beschwerden seien Ausdruck der Benachteiligung in Gesellschaft und Beruf dem Mann gegenüber.

Weiterhin hätten Frauen eine ausgeprägtere Somatisierungstendenz von seelischen Konflikten als Männer (15).

Vergleicht man die durchschnittliche Anzahl von Besuchen pro Patient und Patientin, bemerkt man keine so großen Unterschiede (Tabelle 6).

Auffällig hingegen ist die Differenz, die sich bei Männern und Frauen hinsichtlich der Anforderung von dringenden Hausbesuchen herausstellte: Während männliche Patienten nur jeden fünften Erstbesuch und keinen Folgebesuch als dringlich erklärten, taten Patientinnen dies bei jedem zweiten Erstbesuch und fast bei jedem vierten Folgebesuch bei Kindern waren sogar über 60% der Hausbesuche dringend (Tabelle 10). Daraus könnte man schließen, daß der Grund für die häufigen als dringend erachteten Besuche in der

größeren Besorgnis der Frauen bei Erkrankungen, vor allem der Mütter bei Erkrankungen ihrer Kinder, liegt.

Obwohl in dem Einzugsbereich der untersuchten Praxis noch eine Ärztin für Pädiatrie arbeitet, befanden sich viele Kinder und Schüler in dem Klientel des Allgemeinarztes. Das ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß diese Ärztin nur Ersatzkassenpatienten behandelt.

2. DIE TÄTIGKEIT DES ARZTES

Vielfach wird behauptet, ein Hausbesuch sei wegen der fehlenden apparativen Diagnostik (EKG, Röntgen, Labor) wenig sinnvoll (10), die Allgemeinärzte sind hier jedoch anderer Meinung und messen dem Kennenlernen des Milieus, in dem sich der Patient befindet, große Bedeutung zu (4,5,6,7).

Wie sich in Kapitel C, 4.2 zeigte, bedurfte es anscheinend nicht der apparativen Ausrüstung eines Facharztes oder eines Krankenhauses, um in den meisten Situationen, die bei einem Hausbesuch aufgetreten waren, zu einer Diagnose zu kommen und ärztlich handeln zu können.

Natürlich kann nur in den seltensten Fällen die gesamte Differentialdiagnose sicher abgeklärt werden, aber "...die meisten Beratungen betreffen ja nicht das Ziel des Diagnostizierens, sondern ein anderes, ebenso nötiges Handeln" (2). Deshalb überwies der Arzt während seiner Hausbesuche auch nur zwei Patienten zum Facharzt (Kapitel C, 4.7).

Man muß aber dabei bedenken, daß der Arzt die meisten Hausbesuchspatienten und über 60% der gestellten Diagnosen bereits von früheren Praxisbesuchen her kannte (Kapitel C, 4.4). Über technische Untersuchungsmöglichkeiten verfügt der Arzt bei den Neuerkrankungen zwar nicht, dafür sind die häufigsten, nämlich fieberhafte Infekte (25 Fälle), Verletzungen (18 Fälle) und Enteritiden (7 Fälle) relativ

leicht zu diagnostizieren.

Bei wirklich unklaren Erkrankungen ist das "Abwartende Offenlassen" (1) oder immer noch die Einweisung in ein Krankenhaus möglich.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Diese Untersuchung behandelt die Hausbesuchstätigkeit eines Arztes für Allgemeinmedizin in der Zeit vom 1.4. - 30. 6.1976.

1. Die Praxis war, nach Abzug der Urlaubstage, zehn Wochen geöffnet, währenddessen wurden 180 Hausbesuche bei 34 männlichen und 64 weiblichen Patienten durchgeführt.
2. Donnerstags wurden die meisten Hausbesuche, nämlich 4,3 im Durchschnitt, benötigt.
Pro Tag mußte der Arzt durchschnittlich 3,6 Besuche durchführen.
3. Am stärksten vertreten waren die Patienten im Alter von 0 - 10 und von 71 - 80 Jahren; erstere erhielten durchschnittlich 1,2 , letztere 2,1 Besuche pro Person.
Bei Kranken über 80 Jahren betrug dieser Quotient 2,5.
4. Bei den Privatpatienten wünschten ein höherer Prozentsatz Besuche als die Versicherten anderer Kassen.
5. In Abhängigkeit von der beruflichen und familiären Situation waren die Hausbesuchszahlen unterschiedlich.
6. Es wurden 89 Erstbesuche, 31 Folgebesuche und 56 Routinebesuche, letztere bei 10 Patienten, durchgeführt.
7. Dem Arzt genügten in fast allen Fällen die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie.
Dreimal wäre eine Röntgenaufnahme wünschenswert gewesen, sieben Patienten wies der Arzt in ein Krankenhaus ein, zwei Patienten überwies er zum Facharzt.

8. 80% der besuchten Patienten und über 60% der Diagnosen waren dem Arzt bereits bekannt.
9. Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren grippaler Infekt (17%), Hypertonie (10%) und Wirbelsäulen-Syndrom (6%). Alle Verletzungen zusammen machten 11% der Diagnosen aus.
10. Von den besuchten Patienten litten 32% an mehr als einer Krankheit.

SUMMARY

This research deals with the activity of a general practitioner during his home-visits in the time between 1.4. and 30.6.1976.

1. The practice had been open for 10 weeks, holidays deducted, in the course of which there were made 180 home-visits to 34 mals and 64 female patients.
2. On Thursday most of the home-visits were necessary, that is to say 4,3 on an average.
The practitioner had to make an average of 3,6 visits per day.
3. Mostly represented were the patients in the age between 0-10 and 71-80 years. The previous group received an average of 1,2 , the following 2,1 visits per person. This quotient amounted to 2,5 at sick persons over 80 years.
4. Private patients wished more visits than the insurees of other sickness insurance funds.
5. Depending on the professional and familiar situation the numbers of home-visits were different.
6. There were made 89 visits for the first time, 31 consequential visits and 56 routine visits, the latter to 10 patients.
7. In almost any cases the possibilities of diagnosis and therapy which were available to the practitioner, were sufficient.
Three times an X-ray photograph would have been desirable, seven patients were sent into hospital, two patients were referred to a specialist.

8. 80% of the visited patients and over 60% of the diagnoses were already known to the practitioner.
9. The diagnoses mostly made were influenzal infection (17%), hypertension (10%) and syndrom of the vertebral column (6%).
All injuries together made out 11% of the diagnoses.
10. More than 32% of the visited patients suffered from more than one disease.

LITERATURVERZEICHNIS

1. BRAUN, R.N.: Feinstruktur einer Allgemeinpraxis;
Stuttgart, Schattauer Verlag (1961)
2. BRAUN, R.N.: Lehrbuch der ärztlichen Allgemein-
praxis;
München, Urban und Schwarzenberg (1970)
3. ZIERHUT, W.: Probleme beim dringend verlangten
Hausbesuch;
aus: Hausärztliche Versorgung;
Hrsg.: BRANDLMEIER, P.;
Springer Verlag (1974)
4. FRASER, A.: Another look at the home-visit;
Austral. Fam. Phys. 2., (1973),
4, 213 - 216
5. SCHMÜCKER, N.: Arzt in der Praxis;
München, Lehmann (1969)
6. STURM, E.: Einführung in die Allgemeinmedizin;
Erlangen, Perimed (1969)
7. HÄUSSLER, F.: Der praktische Arzt heute und morgen;
Stuttgart, Gentner (1967)
8. LÜTHE, P.: Beiträge zur Sozialmedizin;
Stuttgart, Hippokrates Verlag (1975)
9. LIPROSS, O.: Medizin und Heilerfolg;
Frankfurt, Fischer (1971)
10. MAIWALD, D.,
GJESSWEIN, H.: Wert und Unwert des Hausbesuchs;
Selecta 15 (1970)

11. POHL,R.A.G.: Die Hausbesuchstätigkeit eines
Landarztes;
Dissertation an der LMU München (1972)
12. ERNST,B.: Die ambulante Überweisungstätigkeit
in der kassenärztlichen Allgemein-
praxis auf dem Land und in der Großstadt;
Dissertation an der LMU München (1975)
13. RICHTER,H.E.: Konflikte und Krankheiten der Frau;
Archiv für Gynäkologie (1973),Bd.214
14. BRANDLMEIER,P., Aus den Umdrucken zur Vorlesung
PILLAU,H.: "Allgemeinmedizin" an der LMU München
WS 1976/77
15. CRISP,A.H., Nature of complaint in relation to
PRIEST,R.G.: social class;
In: Recent Research in Psychosomatics;
Basel, Karger (1970)

Für die freundliche Unterstützung möchte ich danken
HERRN PD DR. H. PILLAU

Für die Überlassung der Dissertation bin ich
HERRN PROF. DR. N. ZÖLLNER zu Dank verpflichtet.

LEBENSIAUF

Am 15.7.1954	wurde ich als Tochter des Gymnasial- Lehrers Erich Türk und seiner Frau Theresia, geb. Aschenbrenner, in Bad Tölz geboren.
1960 - 1964	Grundschule in Simbach a. Inn
1964 - 1965	Tassilo-Gymnasium in Simbach a. Inn
1965 - 1973	Gymnasium Bad Tölz
WS 1973/74	Zulassung zum Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität München
4.1.1975	Heirat mit Herrn Dieter Schoder
SS 1975	Ärztliche Vorprüfung
SS 1976	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
SS 1978	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
25.2.1979	Geburt unseres Sohnes Korbinian
Dez. 1979	Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
24.4.1980	Promotion

